

**Allegato 2 al Capitolato Tecnico (Schema Offerta Tecnica\_OT)\_Lotto 7**

(inserire l'intestazione del Dichiarante)

Spett.le

**ATS SARDEGNA**  
**DIPARTIMENTO GESTIONE**  
**ACCENTRATA ACQUISTI E LOGISTICA**  
**S.C. INGEGNERIA CLINICA**Via Piero della Francesca, 1  
09047 Selargius (CA)

**PROCEDURA APERTA TELEMATICA, AI SENSI DELL'ART. 60, DEL D. LGS. N° 50/2016 E SS.MM.II, PER L'AFFIDAMENTO, IN N° 9 DISTINTI LOTTI DI AGGIUDICAZIONE, DELLA FORNITURA E INSTALLAZIONE DI APPARECCHIATURE ED ATTREZZATURE VARIE PER PEDIATRIA, NEONATOLOGIA E GINECOLOGIA, IN N° 9 DISTINTI LOTTI DI AGGIUDICAZIONE, DA DESTINARE A PRESIDI DIVERSI DI A.T.S. SARDEGNA, CON OPZIONI, EVENTUALI, DI ESTENSIONE DI FORNITURA E DI SERVIZI DI MANUTENZIONE "FULL-RISK", POST-GARANZIA ORDINARIA MINIMA DI MESI 24 .**

**COD. C.I.G. LOTTO 7:** \_\_\_\_\_

La \_\_\_\_\_, con sede in \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_, Capitale sociale \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_, partita IVA n. \_\_\_\_\_ iscritta nel Registro delle Imprese di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_, in persona del \_\_\_\_\_ e Legale Rappresentante \_\_\_\_\_, (in R.T.I. costituito/constituendo e/o GEIE e/o Aggregazione tra Imprese aderenti al contratto di rete e/o Consorzio con le Imprese \_\_\_\_\_) di seguito denominato anche e solo "*Operatore economico*"

**FORMULA LA SEGUENTE OFFERTA TECNICA,**

DESCRIZIONE Componenti e accessori in configurazione base	MARCA e MODELLO	codice	N° RDM. (se applicabile)	QUANTITA' BASE
<b>Incubatrice/Culla da trasporto</b>				<b>3</b>
<b>Incubatrice neonatale</b>				<b>23</b>

Di seguito si devono riportare le "Caratteristiche Tecniche dei beni offerti" in cui si risponde sequenzialmente a tutti i punti relativi alle caratteristiche tecniche richieste in **Allegato 1** al Capitolato Tecnico, precisando la rispondenza o l'equivalenza funzionale e ove richiesti, gli esatti parametri di riferimento del bene proposti con indicazione

dell'Unità di misura. Al termine della descrizione richiesta la Ditta potrà riportare tutte le caratteristiche migliorative dei propri prodotti indicando chiaramente quanto incluso nella configurazione di base offerta rispetto alle caratteristiche migliorative, come di seguito schematicamente riportato:

**CARATTERISTICHE RICHIESTE/OFFERTE:**

Caratteristica minima richiesta (rif. Allegato 1 al Capitolato Tecnico)	Caratteristica proposta	Aspetti migliorativi
Incubatrice/Culla da trasporto		
Incubatrice neonatale		

**DETTAGLIO PARAMETRI TECNICI RICHIESTI, come indicato in Allegato 1 al Capitolato Tecnico,  
 N° 3 INCUBATRICI/CULLE DA TRASPORTO:**

N° di oblò per l'accesso al neonato	<i>Specificare</i>
campana a doppia parete per minimizzare le perdite di calore per irraggiamento e la trasmissione di rumori esterni all'interno della culla.	<i>Specificare</i>
Larghezza	<i>Specificare</i>
Lunghezza	<i>Specificare</i>
Ulteriori parametri monitorabili e dotati di allarme visivo/acustico	<i>Specificare</i>
Autonomia nella modalità di funzionamento a batteria	<i>Specificare</i>
Display per il rilevamento dei principali parametri di funzionamento/allarmi	<i>Specificare</i>
Ergonomia con particolare riguardo alla facilità di ispezione e alle modalità di accesso al neonato	<i>Specificare</i>
Durata della garanzia full risk oltre i 24 mesi	<i>Specificare</i>
Tempo di intervento dal momento della richiesta	<i>Specificare</i>
Tempo di risoluzione dal momento della richiesta	<i>Specificare</i>
Disponibilità entro il giorno lavorativo successivo di un' apparecchiatura sostitutiva in caso di malfunzionamento non risolvibile entro il giorno della segnalazione	<i>Specificare</i>
Orario lavorativo	<i>Specificare</i>
Modalità di inoltro delle richieste di intervento (es. fax, telefono, email)	<i>Specificare</i>

**DETTAGLIO PARAMETRI TECNICI RICHIESTI, come indicato in Allegato 1 al Capitolato Tecnico,  
 N° 23 INCUBATRICI NEONATALI:**

Doppio sistema di controllo della temperatura interna dell'aria (es. servo-controllo e controllo manuale) con allarmi alta e bassa temperatura preimpostati.	<i>Specificare</i>
Monitoraggio temperatura del neonato attraverso almeno due sensori, con possibilità di valutazione del delta termico. La visualizzazione dell'andamento delle temperature del neonato nel tempo deve garantire almeno una misurazione di 24 ore.	<i>Specificare</i>
portelli sulle fiancate completamente abbattibili	<i>Specificare</i>
portelli dotati di sistema di chiusura/sicurezza	<i>Specificare</i>
Lettino paziente estraibile da ambo i lati dell'incubatrice per facilitare le procedure di emergenza.	<i>Specificare</i>
Cassetto portalastre RX accessibile da ambo i lati dell'incubatrice	<i>Specificare</i>
Regolazione elettrica del piano di lavoro effettuabile da più lati	<i>Specificare</i>
Ampiezza dell'inclinazione del piano del materassino in Trendelenburg e anti Trendelenburg).	<i>Specificare</i>
Parametri e trend visualizzabili sul display	<i>Specificare</i>
Possibilità di visualizzare la crescita ponderale nel tempo (TREND pesate).	<i>Specificare</i>
Durata della garanzia full risk oltre i 24 mesi	<i>Specificare</i>
Tempo di intervento dal momento della richiesta	<i>Specificare</i>
Tempo di risoluzione dal momento della richiesta	<i>Specificare</i>
Disponibilità entro il giorno lavorativo successivo di un' apparecchiatura sostitutiva in caso di malfunzionamento non risolvibile entro il giorno della segnalazione	<i>Specificare</i>
Orario lavorativo	<i>Specificare</i>
Modalità di inoltro delle richieste di intervento (es. fax, telefono, email)	<i>Specificare</i>

**Destinazione d'uso:** specificare e allegare documento con indicazione della destinazione d'uso per cui l'apparecchiatura è prodotta dal Fabbricante

- ✓ **Codice CND:** specificare
- ✓ **Codice CIVAB:** specificare

Indicare se l'apparecchiatura prevede la manutenzione periodica e la frequenza della stessa secondo le indicazioni del Produttore:

#### MANUTENZIONE:

Manutenzione Periodica prevista dal costruttore: SI/NO  
 Frequenza di manutenzione periodica:

#### GARANZIA

Mesi di garanzia offerti (minimo 24 mesi) comprensivi della manutenzione periodica (se prevista dal Costruttore) da espletare presso la sede di destinazione/utilizzo dell'apparecchiatura.:

**Il sottoscritto dichiara, in merito all'apparecchiatura offerta, la corrispondenza della stessa alle specifiche di minima indicate in Allegato 1 al Capitolato Tecnico.**

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma

(sottoscrivere con firma digitale)